|  |  |
| --- | --- |
| TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  Injeção de Toxina Botulínica  Eu, abaixo assinado, autorizo o(a) Dr(a).      , equipe médica e assistentes, no Hospital de Clinicas de Porto Alegre, a realizarem o procedimento proposto      ,como forma de tratamento para       O(A) médico(a) explicou-me de forma clara a natureza e os objetivos do procedimento e me foi dada oportunidade de fazer perguntas, sendo todas elas respondidas completa e satisfatoriamente.  Estou ciente que a injeção de toxina botulínica visa o alinhamento ocular em frente, podendo ser necessário mais de um procedimento para atingir este objetivo. A injeção não melhora a acuidade visual de um olho amblíope (“olho fraco” ou “preguiçoso”). O tratamento da ambliopia é feito com a oclusão de olho por determinado tempo, somente na infância.  A injeção de toxina botulínica no músculo extra-ocular visa paralisar a ação do músculo injetado, na tentativa de corrigir o desvio ocular do paciente. Normalmente, após uma semana da injeção, o músculo fica sem movimentação, podendo produzir um desvio ocular ao contrário do desvio inicial do paciente (exemplo, se o paciente tem os olhos desviados para dentro, a toxina botulínica produzirá um desvio dos olhos para fora). Esta mudança no desvio, dura cerca de 4 semanas. Após este período, a posição dos olhos fica o mais reta possível.  Sei que este procedimento médico não é isento de riscos, já que além daquelas complicações possíveis durante a cirurgia existem outras que podem ocorrer no pós-operatório imediato ou tardio.  Os possíveis riscos associados a este procedimento foram esclarecidos e são os seguintes:   1. Complicações técnicas durante a cirurgia que impeçam a sua realização. 2. Suspensão da cirurgia por impossibilidade da realização da anestesia ou por condições técnicas, clínicas ou administrativas surgidas imediatamente antes do ato cirúrgico e que não dependem da ação da equipe médica para sua resolução. 3. Infecção na região operada, que geralmente regride com antibióticos. 4. Febre e dor que deverão ser tratados conforme orientação médica. 5. Complicações específicas do procedimento como hemorragia conjuntival, laceração conjuntival e muito raramente perfuração ocular. 6. Complicações da anestesia local como perfuração do globo ocular, trauma do nervo óptico, oclusão da artéria central da retina, queda da pálpebra superior, redução da pressão arterial, interferência com a circulação da retina, hemorragia ao redor ou dentro do olho e crises convulsivas. 7. Alteração na posição das pálpebras como ptose palpebral (“queda da pálpebra”), que em geral regride espontaneamente após 4 semanas da aplicação da toxina botulínica. 8. Desvio residual dos olhos maior do que o desejado, podendo necessitar de prescrição de óculos com prismas ou uma nova injeção ou cirurgia para corrigi-lo. 9. Visão dupla, que pode ocorrer transitoriamente nas primeiras semanas de pós-operatório, e em raros casos pode persistir por mais de um mês. Neste caso poderá ser indicada a prescrição de óculos com prismas ou nova intervenção cirúrgica. 10. Outros riscos (especificar quando pertinente):      .   Estou ciente de que a lista anterior pode não contemplar todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer neste procedimento, mas é a lista de riscos mais comuns.  Fui informado(a) sobre alternativas terapêuticas ao tratamento proposto, incluindo      .  Reconheço que durante o procedimento médico ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados. Assim sendo, autorizo a equipe médica a executar esses atos e outros procedimentos que sejam considerados necessários e desejáveis. Esta autorização estende-se a todas as condições que necessitarem de tratamento e que não sejam do conhecimento da equipe médica até o momento em que o procedimento cirúrgico for iniciado.  Autorizo também que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames complementares, como parte dos procedimentos necessários para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento.  Em caso de anestesia geral, concordo também com a administração dos anestésicos que sejam considerados necessários. Reconheço que sempre existem riscos para a vida e complicações com a anestesia.  Autorizo igualmente que imagens do procedimento e de exames complementares possam ser utilizadas para fins científicos, como apresentação de casos a acadêmicos ou residentes e apresentações em eventos médicos, sendo garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados. Da mesma forma estou ciente que profissionais devidamente qualificados, nas funções de auditores, peritos médicos oficiais, avaliadores em programas de acreditação ou servidores públicos exercendo atividades regulatórias poderão ter acesso aos dados do prontuário, mantendo o compromisso de sigilo destas informações.  Estou ciente que o tratamento não se limita ao procedimento previsto, sendo que deverei retornar ao consultório/hospital nos dias determinados pela equipe médica, bem como informá-la imediatamente sobre possíveis alterações/problemas que porventura possam surgir.  **CONCLUSÃO**  Diante do exposto, declaro estar de pleno acordo com o que consta neste documento e ciente de que a obrigação do médico é utilizar todos os meios conhecidos na medicina, e disponíveis no local onde se realiza o tratamento, na busca da saúde do paciente. Fico ciente que eventuais resultados adversos podem ocorrer mesmo com os melhores cuidados técnicos aplicados. Assim, decidi conjuntamente com a equipe médica que o tratamento proposto acima é a melhor indicação neste momento para o meu quadro clínico.  Certifico que este formulário me foi explicado, que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo.  Data:      /     /     .    Nome (em letra de forma) do paciente ou responsável:    Assinatura do paciente ou responsável:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   Grau de parentesco do responsável:           Assinatura e CRM do médico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.**  O médico deverá registrar a obtenção deste consentimento no Prontuário do Paciente, no item evolução. | |
| POA 11 PB  **TERMO DE CONSENTIMENTO  LIVRE E ESCLARECIDO Serviço de Oftalmologia**  **INJEÇÃO DE TOXINA BOTULÍNICA** | Nome do Paciente:  Nº do Registro: |

**MED-517FE– gráfica hcpa – jan23**